

Ihr Praxis-Name hier
Praxisstraße 1, 12345 Berlin
+49 111 000 0000
email@praxis.com
www.praxis-webseite.com

Ihr Praxis Logo
— hier —

Anamnese

Patient

Männlich Weiblich Divers

Titel: _____

Akademischer Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Ort: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Über wen ist der Patient
versichert? _____

Anschrift: _____

In welchem Verhältnis
stehen Sie zum Patient? _____

Gesetzlicher Vertreter (Falls vorhanden)

Name: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Handynummer: _____

Anschrift: _____

Versicherung

Name der Versicherung: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Gesetzlich versichert Privat versichert

Zusatzversicherung: _____

Beihilfeberechtigt Basistarif

Tarif: _____

Gesetzlich pflichtversichert

Gesetzlich freiwillig versichert

Allgemeine Angaben

Ihr Beruf: _____

Ja Nein

Haben Sie einen Hausarzt?

Name des Hausarztes: _____

Adresse des Hausarztes: _____

Liegt eine ärztliche Überweisung / Heilmittelverordnung vor?

Ja Nein

Name des Arztes: _____

Adresse des Arztes: _____

Ärztliche Diagnose: _____

Größe (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

BMI: _____

Ihr Praxis-Name hier
Praxisstraße 1, 12345 Berlin
+49 111 000 0000
email@praxis.com
www.praxis-webseite.com

Ihr Praxis Logo
— hier —

Was ist der Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis?

- Erstbehandlung Folgebehandlung / laufende Therapie Akute Beschwerden / Schmerzen
 Chronische Beschwerden Bewegungseinschränkung / Funktionelle Einschränkung Arbeitsunfall
 Sonstige Besuchsgründe

Sonstiges: _____

Aktuelles Beschwerdebild

Seit wann bestehen die Beschwerden? Gab es einen Auslöser?

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden:

Wo treten Ihre Beschwerden auf? _____

Wann treten Ihre Beschwerden verstärkt auf? (z. B. morgens/mittags/abends/nachts, bei bestimmten Bewegungen)

Wie bewerten Sie Ihre Schmerzen auf einer Skala von 1 (geringster vorstellbarer Schmerz) - 10 (größter vorstellbarer Schmerz)?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie fühlt sich der Schmerz an?

- Stechend Stumpf Ziehend Brennend

Anders: _____

Gesundheitliche Angaben

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?

- Ja Nein

Welcher Typ?

- Typ 1 Typ 2

HbA1c Wert: _____

Haben Sie eine chronische Erkrankung der Atemwege / Asthma?

- Ja Nein

Welche Atemwegserkrankung? _____

Haben Sie eine Nervenerkrankung (z.B. Multiple Sklerose, Demenz, Alzheimer, ADHS)?

- Ja Nein

Welche Nervenerkrankung? _____

Haben Sie Epilepsie?

- Ja Nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung?

- Ja Nein

Welche Nierenerkrankung? _____

Haben Sie eine Lebererkrankung?

- Ja Nein

Welche Lebererkrankung? _____

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

- Ja Nein

Welche Schilddrüsenerkrankung? _____

Ihr Praxis-Name hier
Praxisstraße 1, 12345 Berlin
+49 111 000 0000
email@praxis.com
www.praxis-webseite.com

Ihr Praxis Logo

— hier —

Haben Sie Grünen Star (Glaukom)? Ja Nein

Haben Sie eine Tumorerkrankung oder erhalten Sie eine Chemo- / Strahlentherapie? Ja Nein

Welche Tumorerkrankung und Therapieform?

Haben Sie eine Herz- oder Kreislauferkrankung? (z. B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Rhythmusstörung, Herz-OP, Herzschrittmacher) Ja Nein

Welche Herz- oder Kreislauferkrankung?

Besteht aktuell oder bestand kürzlich eine ansteckende Infektionskrankheit? (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, MRSA/VRE) Ja Nein

Welche Infektionskrankheit? _____

Orthopädische Vorgeschichte

Hatten Sie bereits Knochenbrüche? Ja Nein

Welche und wann? _____

Wurden Sie schon einmal am Bewegungsapparat operiert? Ja Nein

Was wurde operiert und wann? _____

Haben Sie eine rheumatische oder entzündliche Gelenkerkrankung (z. B. Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew)? Ja Nein

Welche rheumatischen Erkrankungen haben Sie?

Besteht Osteoporose oder eine Knochenerkrankung? Ja Nein

Haben Sie Implantate am Bewegungsapparat (z. B. Gelenkprothesen, Schrauben, Platten)? Ja Nein

Wo haben Sie das Implantat? _____

Weitere gesundheitliche Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie eine längere Blutungszeit nach Verletzungen? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Welche Allergien? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Haben Sie andere nicht aufgeführte Krankheiten? Ja Nein

Welche anderen Krankheiten haben Sie?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Behandelnder Arzt: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder andere Substanzen? Ja Nein

Ihr Praxis-Name hier
Praxisstraße 1, 12345 Berlin
+49 111 000 0000
email@praxis.com
www.praxis-webseite.com

Ihr Praxis Logo
— hier —

Welche Substanzen und wie oft? _____

Ja Nein

Rauchen Sie? _____

Ja Nein

Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Ja Nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? _____

Ja Nein

Welche Sportart betreiben Sie? _____

Ja Nein

Wie häufig pro Woche? _____

Ja Nein

Sind Sie schwanger / Könnten Sie schwanger sein? _____

In welchem Monat? _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen oder haben Sie Fragen?

Weitere Angaben

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung Google Facebook Instagram Jameda
 Online Terminbuchung (z.B. via Doctolib oder Dr. Flex) Zeitschrift Posteinwurfsendung Außenwerbung

Ort, Datum: _____

Unterschrift: 